

Patiëntenrechten in de gevangenis: we zijn er nog niet

Vincent Eechaudt, Freya Vander Laenen
& Tom Vander Beken¹

In 2015 bestelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een studie naar de organisatie van de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen. Het project had onder meer tot doel na te gaan in welke mate de huidige penitentiaire wetgeving de toepassing van de Wet Patiëntenrechten in de weg staat. Onderstaand artikel vat de belangrijkste punten van deze juridische analyse samen. De Basiswet Gevangeniswezen betekent een grote vooruitgang voor de rechtspositie van gedetineerden en garandeert hen, in theorie, in grote mate een gezondheidszorg conform de Wet Patiëntenrechten. Dit veronderstelt evenwel de inwerkingtreding van de relevante artikelen uit de Basiswet en een aanpassing van een aantal ondertussen gedateerde bepalingen ervan..

Context

Uit recent onderzoek van Vyncke et al. blijkt nogmaals dat het met de fysieke en mentale gezondheid van gedetineerden een stuk slechter gesteld is dan in de vrije samenleving het geval is². Het is dan ook belangrijk dat gedetineerden kunnen genieten van een kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Het garanderen van een kwaliteitsvolle gezondheidszorg wordt echter bemoeilijkt door de specificiteit van de gevangenisomgeving. In de gevangenissen is immers onder meer sprake van overbevolking, beperkte medische voorzieningen en een kwetsbare gevangenisbevolking. Ethische principes rond de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt, dwangbehandelingen en de dubbele loyaliteit van medisch personeel t.a.v. patiënten

en de gevangenisautoriteiten kunnen in een gevangenisomgeving bovendien snel onder druk komen te staan³.

Op wetgevend vlak bepaalt de Wet Patiëntenrechten dat iedere patiënt, zonder enig onderscheid, recht heeft op een kwaliteitsvolle gezondheidszorg⁴. Ook gedetineerden zien hun rechten als patiënt dus in principe gevrijwaard. In de realiteit blijkt niettemin dat er problemen opduiken bij de organisatie van zowel de geestelijke als fysieke gezondheidszorg in de gevangenissen⁵. Bovendien is de juridische situatie relatief complex gezien enerzijds de Wet Patiëntenrechten verschillende uitzonderingen kent en omdat anderzijds het merendeel van de wettelijke bepalingen rond de gezondheidszorg uit de Basiswet Gevangeniswezen nog niet in werking traden. Onderstaand artikel bespreekt elk patiëntenrecht en contrasteert deze met de Belgische penitentiaire wetgeving en de organisatie van de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen.

Juridische normen

De organisatie van de gezondheidszorg, gezondheidsbescherming en medische en medico-psycho sociale expertise wordt beschreven in art. 87-101 van de Basiswet Gevangeniswezen⁶. Gezien een Koninklijk Besluit echter ontbreekt om uitvoering te geven aan desbetreffende wetsbepalingen, dient op heden teruggesproken te worden naar art. 96-104 van het Algemeen Reglement van de Strafinrichtingen⁷. De gezondheidszorg in gevangenissen dient bovendien afgestemd te worden op de Wet Patiëntenrechten⁸. Gezien gedetineerden niet buiten het toepassingsgebied vallen, dienen ook zij te genieten van de rechten uit deze wet zolang er geen

1 De auteurs zijn post-doctoraal onderzoeker, respectievelijk hoofddocent en hoogleraar aan het Institute for International Research on Criminal Policy (Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht, Universiteit Gent). Correspondentie betreffende dit artikel mag gericht worden aan Vincent.Eechaudt@UGent.be. Dit artikel is gebaseerd op een rapport dat de auteurs schreven voor de KCE studie 2015-50 (HSR) 'The organization of health care in Belgian prisons', dat zal verschijnen in 2017.
2 V. VYNCKE, L. HANSSENS, E. STEENBERGHS en S. WILLEMS, Onderzoeksrapport 'Gezondheidsprofiel Gedetineerden', Universiteit Gent, 2015.
3 J. PONT, H. STÖVER en H. WOLFF, "Dual Loyalty in Prison Health Care", *American Journal of Public Health* 2012, afl. 3, (475) 475-480.
4 Art. 5 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.
5 REFLECTIEGROEP "ZORG EN DETENTIE", Naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België. Memorandum, 25 juli 2014. Voor voorbeelden in de rechtspraak, zie o.m. EHRM 22 oktober 2012, 22831/08, L.B. t. België; EHRM 10 januari 2013, 43418/09, Claes t. België; EHRM 9 januari 2014, 22283/10, Lankester t. België; EHRM 17 november 2015, 47687/13, Bamouhammad t. België; EHRM 6 september 2016, 73548/13, W.D. t. België.
6 Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden, BS 1 februari 2005.
7 Koninklijk Besluit van 21 mei 1965 houdende algemeen reglement van de strafinrichtingen, BS 25 mei 1965.
8 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.

specifieke wetgeving voor gedetineerden van kracht is (lex specialis). De hiërarchie der rechtsnormen leert ons bovendien dat indien het Algemeen Reglement van de Strafinrichtingen strijdig is met de bepalingen uit de Wet Patiëntenrechten, deze laatste primeert. Het Algemeen Reglement neemt namelijk de vorm aan van een Koninklijk Besluit en niet van een parlementair goedgekeurde wet. Indien de Basiswet alsnog van kracht wordt, gelden de uitzonderingen op de Wet Patiëntenrechten die hierin voorzien zijn uiteraard wel⁹.

Op internationaal vlak geeft het Europees Hof voor de Rechten van de Mens mee richting aan de minimale gezondheidszorg waarop gedetineerden recht hebben. Een gedetineerde moet onder meer toegang hebben tot een kwalitatieve gezondheidszorg wanneer zijn toestand dit vereist (ook zonder dat de gedetineerde expliciet om zorg vraagt en, indien nodig, ook buiten de gevangensismuren). Het Hof tilt bijzonder zwaar aan het feit dat een gedetineerde een medische behandeling wordt ontzegd hoewel de noodzaak hiertoe door een arts wordt bevestigd. Wanneer een lidstaat nalaat de gepaste zorg te voorzien riskeert het een veroordeling op basis van art. 2 EVRM (recht op leven) of art. 3 EVRM (verbod op onmenselijke behandeling). Naast het al dan niet voorzien van medische zorg, houdt het Hof eveneens toezicht op de manier waarop de zorg wordt verstrekt. Zo werden veroordelingen uitgesproken voor het niet naleven van het medisch beroepsgeheim en het boeien van zieke gedetineerden tijdens de behandeling hoewel dit niet nodig was voor het verzekeren van de veiligheid¹⁰. Specifiek voor België valt op dat het Hof ons land verschillende malen veroordeelde omwille van het uitblijven van een adequate medische behandeling voor geïnterneerden die verblijven in een psychiatrische annex van een gevangenis¹¹. Los van het EHRM, vaardigden verschillende organisaties, waaronder de Raad van Europa en het Europees Comité voor de Preventie van Foltering (CPT), specifieke richtlijnen uit rond de organisatie van de gezondheidszorg in gevangenis¹². Zo wordt aanbevolen een brochure te verstrekken aan binnenkomende gedetineerden waarin beschreven staat hoe gedetineerden beroep kunnen doen op de medische zorg, moeten nieuwe gedetineerden gescreend worden, etc.

Het recht op kwaliteitsvolle medische dienstverlening

Elke patiënt, inclusief gedetineerden, heeft recht op een kwaliteitsvolle gezondheidszorg¹³. Deze zorg slaat niet enkel op de behandeling van een aandoening, maar omvat tevens de preventie, de evaluatie en de pijnverlichting. Discriminatie is uit den boze: de gezondheidszorg dient verstrekt te worden 'zonder enig onderscheid op welke grond ook'. Drie aspecten van een kwaliteitsvolle gezondheidszorg zijn in de gevangenis in het bijzonder relevant: het gelijkwaardigheidsbeginsel, de continuïteit van de zorg en de professionele onafhankelijkheid van het medisch personeel.

Het gelijkwaardigheidsbeginsel

Het gelijkwaardigheidsbeginsel houdt in dat elke gedetineerde recht heeft op eenzelfde beschikbaarheid, toegang en kwaliteit van gezondheidszorg als de zorg die voorhanden is in de vrije samenleving. De detentie op zich rechtvaardigt geen minderwaardige zorg. De prevalentie van fysieke en mentale problemen binnen de gevangenis ligt bovendien hoger dan bij de algemene bevolking. Dit impliceert dat de gevangenisautoriteiten op organisatorisch en budgettair vlak moeten voorzien dat gedetineerden zich intensiever beroepen op de gezondheidszorgvoorzieningen. Het CPT wijst er dan ook op dat in een gevangenis voldoende medisch gekwalificeerd personeel voorhanden moet zijn, inclusief psychologen, psychiaters en verplegers die kennis hebben van de specifieke forensische problematiek¹⁴.

Net zoals buiten de gevangenis moet een patiënt indien nodig 24 uur per dag beroep kunnen doen op gezondheidszorg. Deze permanentie kan georganiseerd worden via dokters van wacht of via een telefonische permanentiedienst. Tijdens de bezoeken van het CPT aan Belgische inrichtingen werd gewezen op het tekort aan artsen, tandartsen, psychiaters en psychologen.

Ook hekelde het Comité de afwezigheid van een permanent bemande ziekenboeg in een

9 Zie ook FEDERALE OMBUDSDIENST "RECHTEN VAN DE PATIËNT", Jaarverslag 2014, 2015, 51-52.

10 Voor een uitgebreid overzicht van de concrete rechtszaken, zie EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS, Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights, juni 2015, 13-20.

11 Zie onder meer EHRM 10 april 2013, 43418/09, Claes t. België; EHRM 10 januari 2013, 43653/09, Dufoort t. België; EHRM 10 januari 2013, 53448/10, Swennen t. België; EHRM 22 oktober 2012, 22831/08, L.B. t. België; EHRM 6 december 2011, 8595/06, De Donder en De Clippel t. België.

12 Recommendation R (98) 7 concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison, 8 april 1998; Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules, 11 januari 2006; United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules), 17 december 2015; EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, The CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2015, Straatsburg, januari 2002.

13 Art. 5 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.

14 EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, 3rd General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1992, CPT/Inf (93) 12, Straatsburg, 4 juni 1993, para. 38-44.

gevangenis van meer dan 700 gedetineerden¹⁵. De ontoreikende medische zorg voor geïnterneerden en de daaropvolgende veroordelingen door het EHRM zijn ondertussen genoegzaam bekend. De gevangenisinfrastructuur en het beperkt aantal zorgverleners maken het ook moeilijk om bijzondere gezondheidsrechten, zoals het recht op palliatieve zorgen en het recht op euthanasie, in de praktijk om te zetten¹⁶. Zo werd geen van de 20 euthanasieverzoeken omwille van ondraaglijk psychisch lijden tussen januari 2011 en januari 2016 ingewilligd. Twee gedetineerden die euthanasie aanvroegen omwille van een somatische aandoening kregen in dezelfde periode wel een positief antwoord¹⁷.

Het gelijkwaardigheidsbeginsel staat als zodanig ingeschreven in de Basiswet Gevangeniswezen (art. 88). De zorg en de kwalificaties van de zorgverleners moeten bovendien aangepast zijn aan de specifieke noden van gedetineerden (art. 88 en 90). Indien het gevangeniswezen onvoldoende uitgerust is, wordt de gedetineerde zo nodig overgebracht naar een externe zorginstelling (art. 93). De praktische organisatie van de gezondheidszorg, die rekening moet houden met de opmerkingen van het CPT, zal gedetailleerd moeten worden in een Koninklijk Besluit (art. 97 §2). Het Algemeen Reglement, op heden van kracht, preciseert dat een gedetineerde de zorg krijgt die de gezondheidstoestand vereist. Daarbij wordt niet ingegaan op de kwalificaties van het personeel, noch op een bepaalde minimum personeelsbezetting.

Continuïteit van de zorg

Het principe van de continuïteit van de zorg houdt in dat de zorgverlening die vóór de gezondheidszorg aangeboden werd, kan voortgezet worden in de gevangenis. De detentie rechtvaardigt geen afbouw of stopzetting van een medische behandeling (denk bijvoorbeeld aan een substitutiebehandeling met methadon in het kader van een drugsverslaving)¹⁸. De continuïteit van de zorg kwam de vorige jaren meerdere malen onder druk te staan toen gevangenisartsen weigerden de wachtdienst verder te bemannen nadat de uitbetaling van hun lonen reeds maanden op zich liet wachten¹⁹. Het voortzetten van de gezondheidszorg is ook belangrijk ná de

detentie: de doorverwijzing naar de gepaste medische zorgvoorzieningen is essentieel voor een succesvolle re-integratie van de (ex-)gedetineerde²⁰.

De Basiswet Gevangeniswezen vermeldt dat iedere gedetineerde tijdens zijn detentietraject recht heeft op de gezondheidszorg gelijkwaardig met de zorg die hij voor de opsluiting in de gevangenis genoot (art. 89). In het Algemeen Reglement komt die continuïteit van de zorg niet ter sprake.

Professionele onafhankelijkheid van de zorgverstrekker

Een kwaliteitsvolle gezondheidszorg vereist een vertrouwensband tussen de patiënt en de zorgverstrekker. Wanneer een zorgverstrekker werkt in een gevangenis bestaat echter het risico dat een gedetineerde vreest voor een reële of vermeende dubbele loyaliteit van de zorgverstrekker. Voor een gedetineerde kan het onduidelijk zijn of de arts de belangen van de patiënt behartigt, dan wel de belangen van de gevangenisadministratie. Internationale standaarden wijzen er dan ook op dat er een absolute onafhankelijkheid moet zijn van de zorgverstrekkers. Een strikte scheiding is noodzakelijk tussen zorgverstrekkers en ander (medisch) personeel dat een expertisefunctie uitoefent in het belang van de gevangenisadministratie. Experts kunnen opgeroepen worden om de gevangenisadministratie bij te staan bij hongerstakingen, dwangvoeding en het medisch toezicht tijdens de opsluiting in een strafcel. Zorgverstrekkers dienen daarentegen beschouwd te worden als de persoonlijke arts van de patiënt en geen van de functies van de zorgverstrekker mag deze vertrouwensrol in de weg staan²¹.

De Basiswet Gevangeniswezen conformeert met de vereisten rond de onafhankelijkheid van de zorgvertrekker (art. 96). De dubbele loyaliteit wordt vermeden door een onderscheid te maken tussen zorgverstrekkers en adviserende artsen, waar enkel adviserende artsen belast worden met een medische of psychosociale expertiseopdracht (art 2, 18° en 19° en Titel V, hoofdstuk VII en VIII). Toch is de Basiswet Gevangeniswezen strijdig met de internationale standaarden op één, niet onbelangrijk punt. Art. 144

15 EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 23 au 27 avril 2012*, CPT/Inf (2012) 36, Straatsburg, 2012, para. 27-28; EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 24 septembre au 4 octobre 2013*, CPT/Inf (2016) 13, Straatsburg, 2016, para. 74-75.

16 REFLECTIEGROEP "ZORG EN DETENTIE", o.c., 8.

17 C. DEVYNCK en S. SNACKEN, "Ondraaglijk psychisch lijden en euthanasieverzoeken van gedetineerden en geïnterneerden", FATIK 2016, afl. 149, (12) 14.

18 F. VANDER LAENEN, W. VANDERPLASSCHEN, S. SMET, J. DE MAEYER, M. BUCKINX, S. VAN AUDENHOVE, M. ANSSEAU en B. DE RUYVER, *Analysis and optimization of substitution treatment in Belgium*, Gent, Academia Press, 2013.

19 EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, CPT/Inf (2016) 13, para. 72. Zie recentelijk ook K. MAENHOUT, "Gevangenisartsen sinds september niet meer betaald", *De Standaard*, 3 januari 2017, http://www.standaard.be/cnt/dmf20170103_02656427.

20 D. MEARS en J. COCHRAN, "U.S. Prisoner Reentry Health Care Policy in International Perspective: Service Gaps and the Moral and Public Health Implications", *The Prison Journal* 2012, afl. 2, 175-202; REFLECTIEGROEP "ZORG EN DETENTIE", o.c., 18.

21 EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, CPT/Inf (93) 12, para. 71-74.

§ 6 schrijft voor dat de beslissing tot het opsluiten van een gedetineerde in een strafcel (als tuchtsanctie) slechts kan genomen worden nadat een arts heeft verklaard dat er geen medische redenen zijn om zich tegen de uitvoering van deze straf te verzetten. Deze praktijk is onverenigbaar met de aanbevelingen van de Verenigde Naties, die er op wijzen dat medisch personeel nooit op voorhand mag certificeren dat gedetineerden in een zodanige gezondheid verkeren dat zij een tuchtsanctie kunnen verduren gezien dit nefast is voor de vertrouwensband tussen beide partijen²². Medisch personeel dient geïnformeerd te worden over elke gedetineerde die in een strafcel wordt opgesloten en moet deze daarna spoedig bezoeken. In geval de gezondheid van de gedetineerde ernstig in gevaar is moet de gevangenisdirectie hierover geïnformeerd worden²³.

Op heden is er hoe dan ook sprake van een wettelijke lacune gezien het Algemeen Reglement geen aandacht schenkt aan de dubbele rol van een zorgverstrekker: een gedetineerde kan een beroep doen op de 'geneesheer van de inrichting'. Bovendien dient de geneesheer tevens te verklaren of 'vrouwen die hun kind zogen of in een gevorderde staat van zwangerschap verkeren' zonder gevaar kunnen overgebracht worden²⁴. Deze taak zou niet gecombineerd mogen worden met de taak van de geneesheer als zorgverstrekker. Ook de Orde der Artsen wees er in het verleden op dat de situatie, waarbij de functie van behandelende arts en de expertisefunctie gecombineerd worden omwille van personeelstekorten, niet aanvaardbaar is en zo spoedig mogelijk verholpen moet worden²⁵.

De Orde wijst dan ook op de bepalingen in de Code van geneeskundige plichtenleer die de onverenigbaarheid van beide functies voorschrijft. Bovendien publiceerde de gevangenisadministratie de omzendbrief nr. 1800 waarin beschreven wordt hoe zorgverleners en medisch experts in psychiatrische afdelingen van de gevangenissen kunnen samenwerken conform het onafhankelijkheidsbeginsel²⁶.

Het recht op vrije keuze van zorgverstrekker

Het recht op vrije keuze van zorgverstrekker is niet absoluut: de wet patiëntenrechten laat toe dat de keuze kan beperkt worden krachtens de wet²⁷. Tijdens de parlementaire voorbereidingen van de Wet Patiëntenrechten werd expliciet verwezen naar organisatorische beperkingen in de gevangenissen om deze restrictie te verantwoorden²⁸. Zo is het onmogelijk om een (door de gevangenis tewerkgestelde) arts te kiezen in kleinere gevangenissen waar slechts één arts werkzaam is.

De Commissie Dupont onderschreef niettemin het principe van de vrije keuze van zorgverstrekker. In het oorspronkelijke wetsvoorstel werd daarom expliciet gesteld dat er voldoende artsen, psychiaters, tandartsen en gynaecologen moeten zijn om de gedetineerde in de gelegenheid te stellen een minimale mogelijkheid tot vrije artskeuze te hebben²⁹. In de uiteindelijke Basiswet Gevangeniswezen wordt de vrije keuze niet even ruim ingevuld.

De gedetineerde heeft verder het recht bezoek te ontvangen en zich te laten behandelen door een vrij gekozen arts. De behandeling kan niettemin enkel plaatsvinden na toestemming van het diensthoofd van de dienst voor gezondheidszorg bij de penitentiaire administratie (art. 91 § 1 en 2). De beslissing van het diensthoofd moet met redenen omkleed zijn en mag dus niet geweigerd worden op arbitraire gronden. Deze beperkingen zijn in lijn met de Wet Patiëntenrechten. Het Algemeen Reglement kent een soortgelijke regeling, hoewel voor zowel het bezoek als de behandeling toestemming nodig is van de gevangenisdirectie. Ook deze beperking conformeert met de Wet Patiëntenrechten: de beperking van de vrije keuze dient opgelegd te worden *krachtens* de wet, waardoor een Koninklijk Besluit voldoet. Toch dient in het achterhoofd gehouden te worden dat een Koninklijk Besluit tot doel heeft uitvoering te geven aan een wet. Gezien de meeste artikelen rond

22 Art. 4 Resolution 37/194 regarding principles of medical ethics relevant to the role of health personnel, particularly physicians, in the protection of prisoners and detainees against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, 18 december 1982; art. 46 United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules), 2015.

23 EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, 21st General Report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (1 August 2010-31 July 2011), CPT/Inf (2011) 28, Straatsburg, 2011, para. 63. Zie ook V. EECHAUDT, "Geen woorden maar daden. Het Europees anti-foltercomité (CPT) neemt het Belgische tuchtregeime (opnieuw) op de korrel", FATIK 2016, afl. 150, (4) 6-7.

24 Art. 127 Koninklijk Besluit van 21 mei 1965 houdende algemeen reglement van de strafinrichtingen, BS 25 mei 1965.

25 Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren van 28 juni 2008 betreffende de gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen.

26 Omzendbrief nr. 1800 van 7 juni 2007 betreffende zorgequipes in psychiatrische afdelingen van de gevangenissen, in afdelingen en inrichtingen tot bescherming van de maatschappij: doelstelling, samenstelling, werking.

27 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002. De Wet Patiëntenrechten hanteert de term 'beroepsbeoefenaar' i.p.v. 'zorgverstrekker'. Om te bepalen wie erkend wordt als beroepsbeoefenaar wordt verwezen naar het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, BS 14 november 1967. Desbetreffend KB werd ondertussen vervangen door de Gecoördineerde Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, BS 18 juni 2015. Naast artsen, worden onder meer psychologen, psychotherapeuten en orthopedagogen erkend als beroepsbeoefenaars.

28 Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt, Parl.St. Kamer 2001-02, nr. 1642/001, 18-19.

29 Eindverslag van de commissie «basiswet gevangeniswezen en rechtspositie van gedetineerden», Parl.St. Kamer 2000-01, nr. 1076/001, 322.

gezondheidszorg in de basiswet op heden nog niet in werking traden, kan het Algemeen Reglement *de jure* ook geen uitvoering geven aan deze wettelijke bepalingen.

Het recht op informatie

Het recht op informatie over de gezondheidstoestand

Een patiënt heeft recht op alle informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan³⁰. De Basiswet Gevangeniswezen garandeert dit patiëntenrecht via verschillende bepalingen. Elke gedetineerde moet, in een verstaanbare taal, geïnformeerd worden over de mogelijkheden van medische hulpverlening (art. 19, reeds in werking getreden). Het huishoudelijk reglement, met daarin praktische informatie rond deze hulpverlening, moet ter beschikking gesteld worden van de gedetineerde (art. 16 § 3, tevens in werking). In de praktijk zijn vele huishoudelijke reglementen verouderd en slecht verdeeld onder de gedetineerden³¹. Een gedetineerde moet bovendien een onderhoud hebben met de gevangenisarts binnen de 24 uur na aankomst in de gevangenis en kan deze raadplegen telkens hij hierom verzoekt (art. 89). Het Algemeen Reglement beperkt het recht op informatie niet, waardoor dit patiëntenrecht volledig toepassing moet vinden tijdens de gevangenschap.

Een patiënt mag steeds bijgestaan worden door een vertrouwenspersoon, ook tijdens de informatiewinning. Bovendien moet deze vertrouwenspersoon ook in de plaats kunnen treden van de patiënt. In de buitenwereld kan de patiënt gelijk welke persoon die zijn vertrouwen geniet aanwijzen als vertrouwenspersoon. Een gedetineerde kan echter enkel een advocaat, een arts van buiten de gevangenis en de aalmoezenier, de bedienaar van de eredienst of de morele consulent aanwijzen als vertrouwenspersoon (art. 92 § 1). De wetgever is namelijk overtuigd dat de vrije keuze van vertrouwenspersoon in een gevangeniscontext problemen kan stellen omwille van ongeoorloofde druk op een gedetineerde om een bepaalde vertrouwenspersoon te 'kiezen' (vb. een medegedetineerde)³². Deze maatregel blijft niettemin op gespannen voet staan met de grondgedachte dat een vertrouwenspersoon net vrij gekozen moet kunnen worden om zich daadwerkelijk van een

vertrouwensrelatie te verzekeren. Bovendien doet het afbreuk aan één van de basisprincipes van de Wet Patiëntenrechten: de maximale autonomie van de patiënt.

Elke patiënt heeft recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier dat ingekeken kan worden en waarvan een afschrift kan bekomen worden³³. Dit recht is evenwel niet allesomvattend: persoonlijke aantekeningen van de zorgverlener of informatie van derden vallen hier niet onder.

Het recht op een patiëntendossier

De Basiswet Gevangeniswezen beperkt het recht op een afschrift van het patiëntendossier. De gedetineerde kan een kopie van het dossier laten opsturen naar zijn vertrouwenspersoon, maar kan zelf geen afschrift verkrijgen (art. 92 § 2). Deze beperking van het recht op afschrift van het patiëntendossier vindt men ook terug in internationale aanbevelingen³⁴. Een gevangeniscel valt namelijk niet onder de onschendbaarheid van de woning, waardoor penitentiair beambten steeds het recht hebben een cel te doorzoeken. Persoonlijke en vertrouwelijke documenten, waaronder het medisch dossier, kunnen dan ook moeilijk op cel bewaard worden. Het Algemeen Reglement beperkt het recht op een afschrift van het medisch dossier niet. Zolang de Basiswet Gevangeniswezen dus niet van kracht is, communiceert de FOD Justitie in een richtlijn dat een gedetineerde een afschrift mag bewaren op cel, in een gesloten omslag, met de vermelding dat de inhoud strikt persoonlijk en vertrouwelijk is³⁵.

Het recht vrijwillig in te stemmen met een medische behandeling

De vereiste vrije en geïnformeerde instemming³⁶ van een patiënt staat voorop in het behandelproces en vloeit voort uit het zelfbeschikkingsrecht. Het recht staat dan ook haaks op dwangvoeden en dwangmedicatie, praktijken die voorkomen bij hongerstakers of psychotische patiënten. De *World Psychiatric Association* verklaarde dat "No treatment should be provided against the patient's will, unless withholding treatment would endanger the life of the patient and/or the life of others"³⁷. Het raadgevend comité voor bio-ethiek gaf aan dat een "gedwongen behandeling slechts gerechtvaardigd is als de patiënt door zijn mentale stoornis niet in staat is vrij en geïnformeerd in te stemmen met de noodzakelijke verzorging gezien

30 Art. 7 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.

31 V. EECHAUDT, *Internationaal penitentiair tuchtrecht. Naleving in België en Frankrijk*, Antwerpen, Maklu, 2017, in druk.

32 Voorstel van basiswet gevangeniswezen en rechtspositie van gedetineerden. Amendement, Parl.St. Kamer 2003-04, nr. 0231/002, 101.

33 Art. 9 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.

34 Art. 26 United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules), 2015.

35 FOD JUSTITIE, *Procedure n° G01 - Toegang tot het medisch dossier voor de gedetineerde*, 2014.

36 Art. 8 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.

37 Art. 4 Madrid Declaration On Ethical Standards For Psychiatric Practice, 25 augustus 2002.

*zijn toestand*³⁸. Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens volgt eenzelfde redenering: dwangvoeden of dwangmedicatie is enkel toegestaan wanneer aangetoond wordt dat dit therapeutisch noodzakelijk is. Bovendien moet de behandeling gebeuren op een manier die niet onmenselijk of vernederend is. Zo kan het gebruik van hand- of voetboeien enkel om veiligheidsredenen. Het boeien gebeurt m.a.w. om de fysieke integriteit van de gedetineerde en derden te verzekeren of omdat er een ontsnapingsgevaar is. Het boeien moet steeds gemotiveerd worden en proportioneel en gerechtvaardigd zijn. Situaties waarin niet aan bovenstaande voorwaarden wordt voldaan, werden in het verleden strijdig bevonden met art. 3 EVRM³⁹.

De nationale raad van de Orde van Artsen betreurt dat tot nog toe geen specifieke regelgeving voorhanden is rond de gedwongen behandeling, niet alleen voor gedetineerden, maar ook voor patiënten in de vrije samenleving⁴⁰. Het gebruik van dwangmiddelen wordt wel besproken in de Basiswet Gevangeniswezen met het oog op de handhaving van de orde en veiligheid (art. 119-121, in werking). Dwangbehandelingen in geval van een spoedgeval worden ook besproken, zij het in de Wet Patiëntenrechten. Wanneer de patiënt niet in staat is zijn wil te uiten en de vertegenwoordiger niet bekend is of niet tijdig kan bereikt worden, en er dreiging is voor onmiddellijke en ernstige schade, dan kan een arts optreden in het belang van de gezondheid van de patiënt. Zolang (en van zodra) de patiënt wilsbekwaam is, moet hij ingelicht worden over zijn gezondheidstoestand en is een informed consent noodzakelijk⁴¹.

Het recht op privacy

Informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt kan niet vrijelijk gedeeld worden gezien de informatie valt onder het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt⁴². Dit heeft tot gevolg dat een arts medische informatie niet zomaar mag delen met de gevangenisadministratie, dat de toegang tot het medisch dossier van de gedetineerde beperkt is en dat penitentiair personeel niet zonder meer aanwezig mag zijn tijdens de consultaties. Het recht op privacy is evenwel niet absoluut: inperkingen zijn toegestaan als ze bij wet

voorzien zijn en een legitiem doel hebben (t.t.z. voor zover dit nodig is voor de bescherming van de volksgezondheid of voor de bescherming van de rechten en de vrijheden van anderen).

Het beroepsgeheim

In overeenstemming met de Wet Patiëntenrechten voorziet de Basiswet Gevangeniswezen dat een arts de directie onmiddellijk moet verwittigen als hij een besmettelijke ziekte of de dreiging ervan vaststelt (zoals hepatitis A of B of tuberculose), wanneer er maatregelen moeten getroffen worden om een zieke gedetineerde af te zonderen of om de verspreiding van een ziekte te voorkomen (art. 99 § 4). Wanneer een arts van oordeel is dat de geestelijke of lichamelijke gezondheid van een gedetineerde ernstig wordt geschaad door de voortzetting van de detentie kan hij dit ook melden, alleen is de instemming van de gedetineerde in dat geval noodzakelijk (art. 94).

De informatie in het medisch dossier van de gedetineerde kan niet gedeeld worden met derden voor zover dit niet bij wet voorzien is. Tot voor kort leidde dit tot spanningen rond inzage in het dossier door de Commissies van Toezicht. Deze zijn belast met het toezicht op de correcte bejegening van gedetineerden (art. 27 Basiswet Gevangeniswezen). De Orde der Artsen was lang van mening dat de gedetineerde het inzagerecht enkel kan overdragen aan een vertrouwenspersoon. Leden van de Commissies van Toezicht konden, dixit de Orde, niet aangesteld worden als vertrouwenspersoon van een gedetineerde en dus werd de inzage in het dossier geweigerd. De Orde veranderde echter recent het geweer van schouder en stelt nu dat, in het belang van de patiënt, inzage in het medisch dossier door leden van de Commissie van Toezicht toegestaan is. Inzage kan echter enkel gebeuren door een arts van de Commissie van Toezicht (in elke Commissie zetelt minstens een arts, art. 31 § 2)⁴³. Deze aanpassing is meer dan welkom en ligt in lijn met zowel de geest van de Basiswet Gevangeniswezen (De Commissies hebben onder meer tot doel na te gaan of gedetineerden bejegend worden conform de wettelijke voorschriften) als met de bepalingen in de Basiswet. Zowel het, op heden geldende, Algemeen Reglement als de Basiswet Gevangeniswezen stellen als bijkomende voorwaarde dat voorafgaand aan de

38 RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK, Advies n° 21 van 10 maart 2003 over gedwongen behandeling bij gedwongen opname, 2003, 4.

39 EHRM 5 april 2005, 54825/00, Nevmerzhijsky t. Oekraïne; EHRM 19 juni 2007, 12066/02, Ciorap t. Moldavië; EHRM 14 maart 2013, 28005/08, Salakhov en Islyamova t. Oekraïne.

40 Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren van 12 mei 2007 betreffende de dwangbehandeling van psychotische patiënten in de gevangenis.

K. Geens, M. De Block & J. Jambon, "Masterplan gevangenis en internering goedgekeurd", 18 november 2016, teruggevonden op <https://www.koengeens.be/news/2016/11/18/masterplan-gevangenis-en-internering-goedgekeurd>.

41 Art. 8 § 5 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002; F. DEWALLENS en P. SCHOUKENS, "Het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar" in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, II dln., II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 381-385.

42 Art. 10 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002. Zie ook art.

43 Advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren van 20 september 2014 betreffende de toegang tot het medisch dossier van de gedetineerden door de Commissies van Toezicht van de gevangenis.

inzage in het dossier de schriftelijke instemming van de gedetineerde vereist is⁴⁴.

Tot slot heeft het beroepsgeheim tevens implicaties voor de verdeling van medicatie in de gevangenis. De Basiswet bepaalt dat het medisch personeel verantwoordelijk is voor de distributie ervan (art. 99 § 1 en 2). Ook de internationale standaarden wijzen erop dat de bedeling van medicatie dient te gebeuren door zorgverleners gezien zij een gepaste opleiding genoten, in het bijzonder bij antipsychotica, methadon of antiretrovirale geneesmiddelen⁴⁵. Op heden gebeurt de verdeling van geneesmiddelen echter regelmatig door of onder de verantwoordelijkheid van de penitentiair beambten⁴⁶. Deze praktijk is strijdig met het beroepsgeheim gezien medische informatie gedeeld wordt met niet-medisch personeel en in het bijzonder omdat informatie wordt gedeeld met personen die niet gebonden zijn door het beroepsgeheim.

Niet enkel het medisch dossier, maar ook het onderhoud tussen de patiënt en de arts dient te gebeuren met respect voor de privacy van de patiënt. De Wet Patiëntenrechten voorziet daarom dat enkel 'de personen waarvan de aanwezigheid is verantwoord in het kader van de dienstverstrekking van de beroepsbeoefenaar', aanwezig mogen zijn bij de zorg, de onderzoeken en de behandelingen. Een gedetineerde patiënt moet in principe zijn arts kunnen zien in confidentiële omstandigheden, uit het zicht en buiten gehoorafstand van andere gedetineerden of gevangenispersoneel⁴⁷. Enkel wanneer een uitzondering bij wet voorzien is en deze uitzondering bovendien nodig is voor het beschermen van de volksgezondheid of veiligheid, kunnen derden aanwezig zijn, behoudens akkoord van de patiënt⁴⁸. In de Basiswet Gevangeniswezen ontbreekt een wettelijke bepaling waarin verduidelijkt wordt onder welke voorwaarden gevangenispersoneel aanwezig kan zijn tijdens de medische behandeling (bv. wanneer er concrete aanwijzingen zijn dat de veiligheid van de zorgverstrekkers in gevaar is). Desbetreffende aanvulling zou niettemin verzekeren dat de intimiteit

van de patiënt gewaarborgd wordt terwijl ook rekening gehouden wordt met de legaliteitsvereisten ('bij wet voorzien') die samenhangen met de beperkingen op het respect voor de intimiteit. Uit verslagen van het CPT blijkt namelijk dat op heden in bepaalde gevangenissen penitentiair beambten systematisch aanwezig zijn tijdens consultaties en behandelingen⁴⁹.

Klachtrecht bij de ombudsdienst

Een patiënt die zich tekort gedaan voelt in zijn recht op een kwaliteitsvolle gezondheidszorg kan een proces aanspannen. Omwille van de kostprijs, bewijslast en duur is deze procedure vaak geen bevredigende oplossing⁵⁰. Om die redenen wordt in de Wet Patiëntenrechten voorzien dat elke patiënt een klacht kan neerleggen bij de bevoegde ombudsdienst⁵¹. In de praktijk blijkt de Wet Patiëntenrechten, noch de Federale Ombudsdienst 'Rechten van de patiënt' bekend bij gedetineerden⁵². Bovendien heeft de ombudsman niet de mankracht of financiële middelen om zijn taak ten volle op te nemen in de gevangenis⁵³. De Basiswet Gevangeniswezen voorziet niettemin in een eigen klachtencommissie (art. 142-162) die belast is met een onderzoek naar elke klacht die ze ontvangt van een gedetineerde, dus inclusief deze m.b.t. de gezondheidszorg. Gelet op de recente wetswijzigingen die eind 2016 nog werden doorgevoerd met het oog op de inwerkingtreding van de klachtencommissies, kunnen deze commissies hopelijk een (gedeeltelijk) antwoord bieden op de afwezigheid van de Federale ombudsdienst 'Rechten van de patiënt' in de gevangenis⁵⁴.

44 Art. 138 § 1 Koninklijk Besluit van 21 mei 1965 houdende algemeen reglement van de strafinrichtingen, BS 25 mei 1965; Art. 27 § 1 Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden, BS 1 februari 2005.

45 EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, CPT/Inf (2016) 13, para. 76; EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 septembre au 7 octobre 2009, CPT/Inf (2010) 24, Straatsburg, 23 juli 2010, para. 124.

46 EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, CPT/Inf (2016) 13, para. 76; REFLECTIEGROEP "ZORG EN DETENTIE", o.c., 17.

47 Art. 31 United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Mandela Rules), 2015; EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, CPT/Inf (93) 12, para. 51.

48 Art. 10 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.

49 EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 18 au 27 avril 2005, CPT/Inf (2006) 15, Straatsburg, 2006, para. 83; EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE, CPT/Inf (2010) 24, para. 124.

50 T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), Handboek Gezondheidsrecht, II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 703.

51 Art. 11 Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.

52 REFLECTIEGROEP "ZORG EN DETENTIE", o.c., 6-7.

53 FEDERALE OMBUDSDIENST "RECHTEN VAN DE PATIËNT", Jaarverslag 2013, 2014, 10.

54 Wet van 25 december 2016 tot wijziging van de rechtspositie van de gedetineerden en van het toezicht op de gevangenen en houdende diverse bepalingen inzake justitie, BS 30 december 2016.

Tot slot

Zowel in de internationale rechtspraak als in internationale rapporten wordt de organisatie van de gezondheidszorg in Belgische gevangenissen regelmatig kritisch tegen het licht gehouden. Uit een analyse van de Basiswet Gevangeniswezen blijkt echter dat deze in grote lijnen rekening houdt met de waarborgen die in de Wet Patiëntenrechten worden geformuleerd. Op verschillende punten is een update van de Basiswet Gevangeniswezen echter welkom. Zo moet de rol van de arts tijdens het opleggen van tuchtsancties en de aanwezigheid van penitentiair

beambten tijdens consultaties en medische behandelingen verder verfijnd worden. De Basiswet Gevangeniswezen moet in eerste plaats natuurlijk in werking worden gesteld zodat de uitzonderingen op de Wet Patiëntenrechten een wettelijke basis hebben. Het huidige Algemeen Reglement is niet enkel in strijd met het legaliteitsbeginsel, maar de bepalingen zijn ook onvoldoende aangepast aan de hedendaagse medische realiteit waarbij uitgegaan wordt van de continuïteit van de zorg, de mogelijke dubbele loyaliteit van de zorgverstrekker en het medisch beroepsgeheim.